Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 3

The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Hardiness and Social Well-Being in Female-Headed Households

Mohammadmahdi Zafarani[2], **Ilnaz Sajjadian**[1]

1. M.A Student, Dept. of Psychology, Isfahan (khorasgan) Branch, Islamic Azad Univercity, Isfahan, Iran.
2. (Corresponding author) * Associate Professor, Dept. of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (khorasgan) Branch, Islamic Azad Univercity, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Women heads of households experience many problems in their lives, which can be reduced psychological Hardiness, and reduced social well-being. Based on this, the aim of the current research was the effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on psychological Hardiness and social well-being of women heads of households.

Methods and Materials: The current research method was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with the Goa group with a two-month follow-up period. The statistical population of the present study consisted of all female heads of households in Isfahan city who lived in this city in 1402. In this study, 30 female heads of the household were selected using the available sampling method and randomly replaced in two experimental and control groups. Participants in two groups completed questionnaires on psychological Hardiness and social well-being in three stages. In the present study, the people in the experimental group underwent 8 sessions of intervention, but the control group did not receive the intervention. In the end, the data were analyzed by analysis of variance with repeated measurements.

Findings: The results of data analysis showed that Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy has had a significant effect on increasing psychological Hardiness. Also, Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy has significantly increased social well-being (0/05>p). Also, in the follow-up phase, the significant effect of this therapeutic method on psychological hardiness and psychological well-being continued ($p<0.05$).

Conclusions: From the results of the research, it can be concluded that Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy has increased the psychological Hardiness and social well-being of female heads of households, therefore psychologists and counselors can increase the psychological toughness and social well-being of female heads of households. Use the techniques of this therapeutic approach.

Keywords: Social well-being, psychological Hardiness, Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy

Citation: Zafarani M, Sajjadian I. **The Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Hardiness and Social Well-Being in Female-Headed Households.** Res Behav Sci 2024; 22(3): 575-585.

* **Ilnaz Sajjadian,**
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار

محمد مهدی زعفرانی[۱]، ایلناز سجادیان[۲]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) * دانشیار گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار در زندگی خود مشکلات متعددی را در حوزه سرسختی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی تجربه می‌کنند، بر این اساس هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه همراه با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان تشکیل می‌دادند که در سال ۱۴۰۲ در این شهر سکونت داشتند. در این مطالعه تعداد ۳۰ زن سرپرست خانوار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین گردیدند. افراد شرکت کننده در دو گروه در سه مرحله به تکمیل پرسشنامه‌ها پرداختند. در پژوهش حاضر افراد گروه آزمایش ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند اما گروه گواه مداخله دریافت نکرد. در پایان نیز داده با تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی بر افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی تاثیر معناداری داشته است ($p<۰/۰۵$). همچنین در مرحله پیگیری نیز تاثیر معنادار این روش درمانی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی تدوام داشته است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: از نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی باعث افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار شده است، از این رو روانشناسان و مشاوران می‌توانند برای افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار از تکنیک های این رویکرد درمانی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی اجتماعی، سرسختی روانشناختی، درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی.

ارجاع: زعفرانی محمد مهدی، سجادیان الناز. **اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۳): ۵۷۵-۵۸۵.

*- **ایلناز سجادیان،**

رایانامه: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

مقدمه

زنان سرپرست خانوار از گروه‌های بسیار آسیب پذیر جامعه هستند که در زندگی خود با مشکلات و چالش های زیادی رو به رو می‌شوند (۱). زنان سرپرست خانوار به زنانی اطلاق می‌شود که در نتیجه طلاق، جدایی، مهاجرت یا بیوه شدن، مسئولیت اداره خانواده و تامین معاش خانواده را بر عهده دارد (۲). شیوع پدیده زنان سرپرست خانوار در ایران حکایت از افزایش رو به رشد این پدیده در جامعه ایرانی دارد (۳). زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان سرپرست خانوار نسبت به تغییرات محیطی و شرایط استرس زا و شوکه کننده آسیب پذیر تر هستند و مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (۴). زنان سرپرست خانوار به واسطه بار مسئولیت اضافی و نگهداری از خانواده بیشتر درگیر فرسودگی و خستگی روانشناختی و جسمانی می‌شوند، تاب آوری روانشناختی کمتری دارند و از بهزیستی کمتری برخوردار هستند (۶-۴).

یکی از متغیرهای که در حوزه زنان سرپرست خانوار مورد توجه محققان قرار گرفته است و از بعد پژوهشی و کاربرد آن در زندگی واقعی می‌تواند به این قشر از جامعه کمک کند سرسختی روانشناختی است (۶). سرسختی روانشناختی یک سازه شخصیتی مثبت است که در دهه هشتاد قرن بیستم توسط کوباسا و مدی مطرح شد، سرسختی روانشناختی به عنوان یک ظرفیت شناختی و عاطفی نقش سپر یا ضربه گیر را در موقعیت های مختلف زندگی ایفا می‌کند و دربرگیرنده ویژگی های شناختی، عاطفی و رفتاری است که توانایی افراد را برای حفظ وضعیت سازگارانه در موقعیت های سخت و دشوار ارتقا می‌دهد و از سه بعد تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است (۷). کولایی (۸) در پژوهش خود نشان دادند که زنان سرپرست خانوار به ویژه انهایی که شغل مناسبی ندارد دارای سطح پایینی از سرسختی روانشناختی هستند. سرسختی روانشناختی بالا و تلاش برای ارتقا سرسختی روانشناختی انسان ها با پیامدهای مثبت فراوانی همراه است، افرادی که در سرسختی روانشناختی بالای برخوردار هستند به واسطه استفاده از راهبردهای مقابله ای موثر در مواجهه با رویدادهای استرس می‌تواند بهزیستی خود را ارتقا دهد، استرس، افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند، این افراد کمتر دچار خستگی روانشناختی می‌شوند و عملکرد جسمانی، روانشناختی، اجتماعی و کیفیت زندگی بهتری دارند (۱۱-۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است بهزیستی اجتماعی است. بهزیستی اجتماعی شامل نگرش و بیان فرد از کیفیت رابطه خود با دیگران، محیط اطراف و جامعه است (۱۲). بهزیستی اجتماعی به عنوان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌شود و شامل احساس یکپارچگی اجتماعی فرد، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی و واقع گرایی اجتماعی تاست (۱۳). افراسیابی و جهانگیری (۱۴) در مطالعه خود بیان کردند که فقر مالی، محدودیت های شغلی، فرزندان آسیب دیده، کلیشه های منفی درباره زنان سرپرست خانوار، فقدان حمایت اجتماعی، طمع ورزی جنسی، راهبرد های ناسازگار می‌تواند بر تعاملات اجتماعی و به تبع آن بر سلامت و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار تاثیر منفی بگذارد، به طور کلی بهزیستی اجتماعی به عنوان یک متغییر مثبت روانشناختی با پیامدها و نتایج های مطلوبی همراه است، در این خصوص می‌توان به مطالعاتی در داخل و خارج کشور اشاره کرد، شربتیان و عرفانیان (۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بین سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی با بهزیستی روانشناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، حسینی، محمودی و ماردپور (۱۶) نشان دادند که بهزیستی اجتماعی بالا با افزایش میزان صمیمت همراه است. مطالعه خسروی، چوبین و اسفندیاری (۱۷) حکایت از آن داشت که بین سلامت اجتماعی با اعتماد، مشارکت، احساس مسئولیت و روابط متقابل مطلوب رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به مطالب مطرح شده و اهمیت متغیرهای ذکر شده کمک به زنان سرپرست خانوار برای بهبود سرسختی روانشناختی، بهزیستی اجتماعی از اهمیت بسزایی برخوردار است.

با کاربرد روز افزون ذهن اگاهی در حوزه درمان و پژوهش، رویکردهای درمانی جدید و موثری مبتنی بر ذهن آگاهی با شتاب بیشتری شکل گرفته اند، یکی از این رویکردهای درمان شناخت رفتار یکپارچه شده با ذهن آگاهی است (۱۸). درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی یک رویکرد درمان سیتماتیک است که توسط کایون و همکاران در سال ۲۰۱۱ مطرح شد (۱۹). درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی فرض می‌شود که افکار و احساسات بدنی به طور همزمان پدیدار می‌شوند و نوع و نحوه احساسات بدن نقش بسیار کلیدی در تعیین نوع و شدت واکنش پذیری رفتاری دارد (۲۰). این رویکرد درمانی از چهار مرحله درون فردی یا مرحله شخصی،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

مرحله موقعیت یا مواجهه، مرحله ی بین فردی و مرحله فرا شخصی یا مرحله همدلی تشکیل شده است (۱۸). این رویکرد درمانی در سال های اخیر مورد توجه محققین قرار گرفته است، به گونه ای که در مطالعات داخل و خارج کشور بر دامنه وسیعی از مشکلات از جمله افسردگی، اضطراب و استرس، بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی، کاهش درد، تحمل پریشانی، راهبردهای مقابله با استرس نتیجه بخش بوده است (۲۰- ۲۲). در ارتباط با متغیرهای پژوهش اثربخشی معنادار این رویکرد درمانی بر متغیر سرسختی روانشناختی و مفاهیم نزدیک به ان در مطالعات منتظری و همکاران (۲۲)، حسینی (۲۳)، امیری، صالحی، فتاحی و صادق زاده (۲۴) تایید شده است، همچنین اثربخشی این روش بر متغیر بهزیستی اجتماعی و مفاهیم نزدیک به این متغیر در مطالعات شاهسواری، حافظی، عسگری و حیدری (۲۵)؛ محمدی، خلعتبری و ابوالمالی (۲۶)؛ حسینی (۲۳)؛ شجاعی، جبل عاملی و لطیفی (۲۷) تایید شده است.

زنان سرپرست خانوار از گروه های بسیار آسیب پذیر در جامعه هستند که با مشکلات متعددی روبرو هستند، این افراد به واسطه فشار مسئولیت اضافی که بر دوش آنها قرار دارد مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند و در سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی نیز با مشکلاتی روبرو هستند از این رو کمک به این افراد امری بسیار ضروری و مهم است، با توجه به بررسی‌های صورت گرفته به نظر می‌رسد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بتواند به این قشر از جامعه کمک شایانی نماید، از طرفی دیگر تا کنون اثربخشی این روش درمانی به طور همزمان بر متغیر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی در زنان سرپرست خانوار انجام نشده که می توان نوعی خلا را در این حوزه مشاهده کرد، بر این اساس هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پـژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون – پـس آزمـون با گروه کنترل و پیگیری یک ماهه بوده است، جامعهٔ آمـاری این پـژوهـش شامل تمامی زنان سرپرست خانوار شهر اصفهان بود که در سال ۱۴۰۲ در این شهر زندگی می‌کردند، همانند سایر مداخلات آزمایشی حجم نمونه برابر با ۳۰ نفر در نظر گرفته شده است که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. پس از مشخص شدن شرکت کنندگان برای حضور در پژوهش، مسایل اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، رضایت اگاهانه، محرمانه بودن نتایج، تحلیل گروهی نتایج و انتشار آنها و احتمال یکسان افراد برای عضویت در گروه آزمایش و گواه رعایت گردید. پس تخصیص تصادفی شرکت گنندگان در دو گروه آزمایش و گواه، این افراد در سه مرحله به تکمیل پرسش نامه های پژوهش پرداختند. ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی کایون در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای از بعد زمان و محتوای جلسات توسط اساتید و خبرگان تایید گردید. در پژوهش حاضر افراد شرکت کننده در گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی قرار گرفتند اما افراد شرکت کننده در گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. در پایان اجرای پژوهش و مشخص گردیدن اثربخشی این رویکرد درمانی، به منظور راعیت مسایل اخلاقی این مداخله برای روی افراد شرکت کننده در پژوهش گواه نیز اجرا گردید.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط لانگ و گولت به منظور سنجش سرسختی روانشناسی افراد طراحی شد. این پرسشنامه از ۴۲ سوال تشکیل شده است که زیرمقیاس کنترل، تعهد و مبارزه جویی را مورد سنجش قرار می‌دهد، پرسشنامه سرسختی روانشناختی لانگ و گولت به شکل طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می‌شود که نمره ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم و نمره ۵ برای گزینه کاملاً موافقم محاسبه می‌گردد مجموعه نمره به دست آمده در این مقیاس بین ۴۲ تا ۲۱۰ بدست می‌آید که هر چه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده سرسختی روان شناختی بیشتر است. لانگ و گولت پایایی نمره کل و زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ گزارش کردند (۲۸). در داخل کشور روشن و شاکری (۲۹) گزارش کردند که این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار هستند و ضریب آلفای کرونباخ سرسختی روانشناختی برای پایایی در این مطالعه ۰/۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر سرسختی روانشناختی برابر با ۰/۸۴۶ بدست آمده است.

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط کیز به منظور سنجش بهزیستی اجتماعی افراد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

ساخته شد، این پرسشنامه خود گزارش دهی از ۳۳ سوال تشکیل شده است که ۵ خرده‌مقیاس انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. روش نمره گذاری در این مقیاس به شکل طیف لیکرت ۵ درجه ای است که نمره ۵ برای گزینه کاملاً موافقم و نمره ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم داده می‌شود در این مقیاس کمترین و بیشترین نمره که فرد به دست می‌آورد به این ۳۳ تا ۱۶۵ است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده بهزیستی اجتماعی بیشتر فرد است. کیز در مطالعه خود نشان داد که این مقیاس از روایی سازه مطلوبی برخوردار است و شاخص‌های برازش مدل نیز تایید کننده روایی سازه مناسب برای پرسشنامه بهزیستی اجتماعی است، همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد آن به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ بدست امده است (۳۰)، در داخل کشور نیز قرانی (۳۱) نشان داد که پایایی نمره کل پرسش نامه بهزیستی اجتماعی برابر با ۰/۸۶ بدست امده است و ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های این پرسش نامه بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۷ محاسبه گردیده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر بهزیستی اجتماعی برابر با ۰/۹۳۸ بدست آمده است.

جلسات درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی کایون و همکاران (۱۸)

جلسه اول: معارفه و اشنایی اعضا- صحبت درباره ضربه عاطفی- معرفی روش درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی – صحبت درباره اصول ذهن اگاهی – استفاده از روش تنفس آرامی و تن آرامی–تدوین قرارداد درمانی – نحوه ثبت فهرست مشکلات مورد نظرو نشانگرهای موفقیت آموزش داده می شود- توضیح و تشریح مفهوم ناپایداری در جنبه های زندگی- توضیح ماهیت افکار و اموزش الگوی تعادل ذهنی – توضیح ماهیت و منبع رنج کشیدن- اموزش ثبت فرم های تمرین روزانه. تکلیف خانه.

جلسه دوم: مرور تکالیف ارایه شده در جلسه قبل- بیان اهداف حاضر در جلسه فعلی- توضیح ماهیت هیجان به شکلی عمیق تر – اموزش نقشه نگاری تجربه های هیجانی- توضیح مفهوم متانت- اتعطاف پذیری مغزی- اموزش تکنیک وارسی جسمانی یکطرفه جز به جز- ثبت تمرین روزانه- تکلیف خانه.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل- مرور تکالیف ارایه شده در جلسه قبل – صحبت درباره کارایی استفاده از مهارتهای ذهن اگاهانه در زندگی روزانه- توضیح و تشریح عدم وابستگی به افکار- اموزش استفاده از نسخه های واحد ذهنی اشفتگی و طرز ثبت کردن هیجان های خود در زندگی روزانه توضیح اراده قوی و رها کردن وابستگی – اموزش اندازه گیری پیشرفت همراه با متانت- تکنیک وارسی جسمانی یکطرفه جز به جز بدون دستور العمل صوتی- تکلیف خانه.

جلسه چهارمک مرور جلسه قبل- صحبت در مورد جلسه فعلی- یکپارچه کردن مهارتهای شناختی رفتاری – کاهش اجتناب و ازاد سازی خود برای عمل کردن- توضیح ارزش مطلوب و نامطلوب- بررسی و اندازه گیری اجتناب- اموزش مواجهه حضور ذهن- اموزش ثبت موقعیت های اجتنابی در فهرست واحد ذهنی اشفتگی- اموزش مواجهه مستقیم در زندگی واقعی –اموزش تکنیک وارسی جسمانی جز به جز متقارن- ثبت تمرین روزانه–تکلیف خانه.

جلسه پنجم: مرورتکلیف جلسه قبل- صحبت در مورد هدف جلسه فعلی- توضیح در مورد تاثیرات تعمیم یافته اجتناب- توضیح در مورد تاثیرات تعمیم یافته مواجهه- اموزش اندازه گیری پیشرفت در حساسیت زدایی با استفاده از فرم واحد- ذهنی اشفتگی- توضیح دام های وسوسه- توضیح عدم جدایی فضایی و عدم جدایی زمانی- توضیح خدمندی–اموزش – تکنیک وارسی جسمانی فراگیر شدن جزیی- ثبت تمرین روزانه–تکلیف خانه.

جلسه ششم: مرور تکلیف جلسه قبل–صحبت در موردهدف جلسه فعلی- اموزش ۴ قدم تکنیک مالکیت تجربه ای –اموزش ایجاد ارتباط بین ابعاد ذهن اگاهی و جنبه های شناختی رفتاری با تاکید بر ابعاد بین فردی- اموزش تکنیک وارسی جسمانی فراگیر شدن در کل- ثبت تمرین روزانه. تکلیف خانه.

جلسه هفتم: مرور جلسه قبل- هدف از جلسه فعلی- اموزش و معرفی مهارتهای جرات ورزی- گسترش دادن مهارتهای ارتباطی همراه با حضور ذهن- اموزش تکنیک وارسی جسمانی متقاطع–ثبت تمرین روزانه–تکلیف خانه.

جلسه هشتم: مرور جلسه قبل- هدف از جلسه فعلی- اشنایی با مراقبه شفقت و مهرورزی –تمرین مراقبه شفقت – اموزش مفهوم بخشش- اموزش تکنیک وارسی جسمانی فراگیر شدن در عمق–ثبت تمرین روزانه–تکلیف خانه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در پایان نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده ها

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

استفاده شد که برای این منظور نرم افزار SPSS24 و در سطح معناداری ۰/۰۵ بکار برده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی زنان سرپرست خانوار در گروه گواه برابر با ۳۷/۵۳ سال و در گروه آزمایش این میانگین برابر با ۳۵/۶۰ سال بوده است، تحصیلات زنان سرپرست خانوار در گروه گواه به ترتیب دیپلم، لیسانس و ارشد برابر با ۷ نفر، ۶ نفر و ۲ نفر است و در گروه آزمایش تحصیلات زنان سرپرست خانوار به ترتیب دیپلم، لیسانس و ارشد برابر ۶ نفر، ۸ نفر و ۱ نفر بوده است. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش ارایه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرسختی روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۱۲/۳۳۳	۱۵/۳۲۸	۱۱۱/۳۳۳	۲۰/۸۵۲
	پس‌آزمون	۱۳۳/۲۶۷	۱۳/۷۸۱	۱۰۹/۸۰۰	۲۱/۹۲۳
	پیگیری	۱۳۳/۴۰۰	۱۳/۵۲۱	۱۱۰/۰۰۰	۲۱/۱۳۲
بهزیستی اجتماعی	پیش‌آزمون	۷۲/۱۳۳	۱۳/۹۲۲	۷۳/۸۶۷	۱۰/۷۸۹
	پس‌آزمون	۹۶/۷۳۳	۱۴/۹۲۱	۷۲/۴۶۷	۱۰/۴۱۲
	پیگیری	۹۷/۵۳۳	۱۴/۵۵۰	۷۱/۶۰۰	۱۱/۹۸۱

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای پژوهش بیشتر ۰/۰۵ است که میزان حکایت از نرمال بودن متغیرهای پژوهش دارد، سطح معناداری آزمون لوین برای برابری واریانس ها که بیشتر از ۰/۰۵ است حکایت از تایید شدن این پیش فرض دارد، همچنین سطح معناداری برای آزمون برابری ماتریس واریانس-کواریانس و پیش کرویت ماچلی از ۰/۰۵ بیشتر بوده است که امر بیانگر تایید شدن پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری با اندازه گیری مکرر برای سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی

منبع اثر			SS	df	MS	F	*p*	مجذور سهمی اتا
سرسختی روانشناختی	درون گروهی	زمان	۱۹۱۴/۶۸۹	۱/۳۹۳	۱۳۷۴/۹۲۷	۱۷۷/۷۰۴	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴
		تعامل زمان×گروه	۲۵۱۶/۲۸۹	۱/۳۹۳	۱۸۰۶/۹۳۳	۲۳۳/۵۳۹	۰/۰۰۰	۰/۸۹۳
		خطا (زمان)	۳۰۱/۶۸۹	۳۸/۹۹۲	۷/۷۳۷	–	–	–
	بین گروهی	گروه	۵۷۲۸/۰۴۴	۱	۵۷۲۸/۰۴۴	۵/۸۸۱	۰/۰۲۲	۰/۱۷۴
		خطا	۲۷۲۷۳/۹۱۱	۲۸	۹۷۴/۰۶۸	–	–	–
بهزیستی اجتماعی	درون گروهی	زمان	۲۶۸۳/۴۸۹	۲	۱۳۴۱/۷۴۴	۱۷۴/۷۵۷	۰/۰۰۰	۰/۸۶۲
		تعامل زمان×گروه	۳۶۱۰/۵۵۶	۲	۱۸۰۵/۲۷۸	۲۳۵/۱۳۰	۰/۰۰۰	۰/۸۹۴
		خطا (زمان)	۴۲۹/۹۵۶	۵۶	۷/۶۷۸	–	–	–
	بین گروهی	گروه	۵۸۷۲/۵۴۴	۱	۵۸۷۲/۵۴۴	۱۲/۱۶۱	۰/۰۰۲	۰/۳۰۳
		خطا	۱۳۵۲۱/۵۱۱	۲۸	۴۸۲/۹۱۱	–	–	–

برای متغیر سرسختی روانشناختی در بخش اثر درون-گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در این متغیر از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. در بخش اثر بین گروهی در عامل گروه تفاوت معناداری ($p<۰/۰۵$) وجود دارد. در متغیر بهزیستی اجتماعی در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در این متغیر از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

(p<۰/۰۱) وجود دارد. در بخش اثر بین گروهی در عامل گروه تفاوت معناداری (p<۰/۰۵) وجود دارد.

جدول ۳. نتایج مقایسه میانگین مراحل پژوهش

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
بهزیستی اجتماعی	۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۱/۶۰۰	۰/۷۷۱	۰/۰۰۰
	۲	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۱/۵۶۷	۰/۷۸۰	۰/۰۰۰
	۳	پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۰۳۳	۰/۵۷۷	۱/۰۰۰
سرسختی روانشناختی	۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۹/۷۰۰	۰/۶۱۴	۰/۰۰۰
	۲	پیگیری	پیش‌آزمون	۹/۸۶۷	۰/۷۴۵	۰/۰۰۰
	۳	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۱۶۷	۰/۳۸۱	۱/۰۰۰

نتایج حاصل از مقایسه میانگین ها نشان می دهد که نمره بهزیستی اجتماعی و سرسختی روانشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون افزایش معناداری وجود داشته است و این تغییرات در طول دوره پیگیری نیز ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر افزایش سرسختی روانشناختی تاثیر معناداری داشته است، این یافته با نتایج پژوهش منتظری و همکاران (۲۲)، حسینی (۲۳)، امیری و همکاران (۲۴) همسو بود. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می‌توان گفت که سرسختی روانشناختی از سه متغیر تشکیل شده است در بعد کنترل افرادی با سرسختی روانشناختی بالا سطح بالایی از خود کارآمدی را برای ایجاد کنترل و تغییر در یک موقعیت جدید به کار می‌برد، این افراد برای حل مشکلات خود نقش فعال و با انگیزه‌ای دارد و به عبارتی از تعهد بالایی برخوردار هستند و با روحیه مبارزه جویی با چالش‌ها و مشکلات پیش روی زندگی خود مواجهه می‌شود (۷)، از این رو درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی با تاثیر بر هر یک از این ابعاد می‌تواند بر افزایش سطح سرسختی روانشناختی تاثیر معناداری از خود بر جای بگذارد. در این خصوص می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن اگاهی تاکید زیادی بر درک ابعاد شناختی و روان‌شناختی تجربیات دارد و افرادی که تحت این مداخله درمانی قرار می‌گیرند می‌اموزند که چگونه ذهن خود را از رویکردی به رویکرد دیگر جا به جا کنند صرفا بر یک رویکرد یا شیوه مبتنی نباشند و در عین حال از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی نسبت به الگوهای ذهنی خود آگاه باشند (۳۲). از دیگر مکانیزم های ارتقا دهنده سرسختی روانشناختی، به استفاده فرد از راهبردهای مقابله ای موثر در برخورد با چالش ها و مشکلات زندگی مربوط می‌شود به گونه ای که از بین راهبردهای مقابله مختلف راهبرد مقابله ای مسئله مدار در افرادی با ظرفیت سرسختی روانشناختی بالا نقش محوری دارد (۳۳)، در این زمینه می‌توان به مطالعه منتظری و همکاران (۲۲) اشاره کرد، آنها در مطالعه خود نشان دادند که این رویکرد درمانی بر افزایش استفاده از راهبردهای مقابله ای مسئله مدار تاثیر معناداری داشته است. از دیگر مکانیسم های موثر بر سرسختی روانشناختی ارزیابی شناختی مثبت رویدادهای پیرامون و تقویت احساس امیدواری در برخورد با چالش ها و دشواری های زندگی است (۳۴). از طرفی دیگر با توجه به نقش کنترل و خودکارامدی به عنوان عوامل موثر بر سرسختی روانشناختی، می‌توان در توجیه تاثیر درمانی شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر افزایش سرسختی روانشناختی بر این دو متغییر تاکید داشت، از مراحل عمده در درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن اگاهی مرحله شخصی است در این مرحله تمرینات ذهن آگاهی آموزش داده می‌شود تا سطوح آگاهی و پذیرش تجارب را در مراجعین افزایش پیدا کند، از سویی دیگر تاکید بر درونی سازی تجارب به مراجعان این امکان را می‌دهد تا حس خودکارآمدی و خود کنترل خود را در اداره کردن موقعیت ها، افکار و هیجانات افزایش دهند (۱۸). همین امر می‌تواند نشان دهنده تاثیر این مداخله درمانی بر افزایش سرسختی روانشناختی باشد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

از دیگر نتایج پژوهش حاضر تاثیر معناداری درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر افزایش بهزیستی زنان سرپرست خانوار بوده است، این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش شاهسواری، حافظی، عسگری و حیدری (۲۵)؛ محمدی، خلعتبری و ابوالمالی (۲۶)؛ حسینی (۲۳)؛ شجاعی، جبل عاملی و لطیفی (۲۷) همسو بوده است. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که انجام تمرینات ذهن آگاهانه مراجعین را تشویق و ترغیب می‌کند تا نگرش غیر ارزیابانه و پذیرا نسبت به جنبه‌های وجودی خود داشته باشد و از طرف دیگر با پرورش نگرشی مشفقانه نسبت به ضعف‌ها و قوت‌های خود سبب ایجاد تغییراتی در نگرش انسان به خود و بهبود سبک ارتباطی آنها ایجاد کرده است و این تغییرات ارتقا عملکرد اجتماعی و مهارت اجتماعی را به دنبال داشته است و فرد می‌تواند روابط اجتماعی عمیقی با دیگران ایجاد کند (۳۵). یکی از عوامل مرتبط با بهزیستی اجتماعی توانایی فرد در تنظیم هیجان است به گونه ای که هر چه توانایی فرد در تنظیم هیجان در موقعیت های اجتماعی بالاتر می‌رود به همان میزان نیز عملکرد فرد در ارتباط با دیگران و به طور کلی بهزیستی اجتماعی افزایش پیدا می‌کند (۳۶). شجاعی و همکاران (۲۷) نشان دادند که استفاده از تکنیک های به کار برده شده در درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن اگاهی می‌تواند احساس خودشکوفایی و روابط بین فردی را ارتقا دهد، از این رو می‌توان چنین عنوان کرد که متغیر بهزیستی اجتماعی از عواملی از جمله مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و خودشکوفایی اجتماعی تشکیل شده است و چنانچه این عوامل تحت شرایط مختلفی بهبود پیدا کنند می‌توانند زمینه ساز ارتقا بهزیستی اجتماعی باشند. از این رو مداخلات به کار برده شده در درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی نقش مهم و تاثیر گذاری بر توانایی تنظیم هیجان دارند، در این خصوص کایون و همکاران (۱۸) باور دارد که این رویکرد درمانی باعث ایجاد و ارتقا توانایی فرد در تنظیم هیجان در دنیای درون و بیرون می‌شود، به خصوص در مرحله سوم این روش درمانی که مرحله بین فردی است آموزش مداخلات باعث می‌شود که بینش بین فردی مراجعین افزایش پیدا کند، به نگرشی ذهن اگاهانه به افکار، رفتار و احساسات دیگران متمرکز می‌شوند، با استفاده از مهارت های بین فردی ذهن اگاهانه که مالکیت تجربی نامیده می‌شود، ظرفیت فرد برای درک و پذیرش رفتار دیگران و سبک های ارتباطی بهبود یابد، تحریفات شناختی و ارزیابی ها قضاوت های ناسازگار خود از دیگران را بشناسند و به گونه ای مناسب با انها مواجهه شوند، توانایی همدلی در آنها نیز بهبود می‌یابد، از این رو می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات شناختی، رفتاری و ذهن اگاهانه در این رویکرد درمانی با افزایش خودشکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، ارتباط اجتماعی و عملکرد مطلوب اجتماعی می‌تواند سبب بهبود بهزیستی اجتماعی شود.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده بر سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که این مداخله درمانی در افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار تاثیر معناداری داشته است، از این یافته ها می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی و تکنیک های آن بر افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی زنان سرپرست خانوار نتیجه بخش بوده است و می توان از این روش در این جامعه استفاده نمود.

این پژوهش همانند سایر مطالعات با محدودیت هایی از جمله استفاده از زنان سرپرست خانوار که به خیریه‌ها و کمیته امداد شهر اصفهان در فصل بهار ۱۴۰۲ مراجعه کردند و استفاده از روش نمونه گیری در دسترس رو به رو بوده است، بر این اساس پیشنهاد می‌شود که پژوهش گران آتی برای تعیین نمونه معرف جامعه از روش های نمونه گیری احتمالی استفاده نمایند، برای تعمیم نتایج به سایر جوامع زنان سرپرست خانوار به بررسی زنان سرپرست خانوار سایر استانها و شهرها بپردازند، در پایان نیز روانشناسان و مشاورانی که با این قشر از جامعه در ارتباط هستند می‌تواند از تکنیک های این روش درمانی برای افزایش سرسختی روانشناختی و بهزیستی اجتماعی استفاده کنند.

تعارض منافع

هیچ گونه تضادی بین مناقع نویسندگان وجود نداشت.

حمایت مالی

تمام هزینه های مقاله توسندگان نویسندگان به شکل شخصی تامین شده است.

ملاحظات اخلاقی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

برای افراد برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند و اطلاعات و مشخصات انها محرمانه ماند.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله است و نویسندگان سهم یسکانی در تمامی مراحل نگارش مقاله بر عهده داشتند.

تقدیر و تشکر

در پایان نیز از تمام شرکت کنندگان پژوهش و عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند کمال تقدیر و تشکر را داریم. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان است که درکمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان با شناسه اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.193 مصوب شده است.

References

1. Yoosefi J, Mohammadi MA, Soofizad G, Khosravi B, Ziapour A. Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. BMC Women's Health. 2020; 20: 1-11.
2. Rafii F, Seyedfatemi N, Rezaei M. Factors involved in Iranian women heads of household's health promotion activities: a grounded theory study. Open Nurs J. 2013; 7: 133-141.
3. Darahki A, Nobakht R. (1400). Investigating the economic and social status of women at the head of the household: a secondary analysis. Payesh Journal. 2021; 20(2): 427-437. [Persian]
4. Fuller R. Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. Climate and Development. 2019; 57: 1-30.
5. Kwon M, Kim HS. Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; 17: 1-11.
6. Aflakifar H, Ghale Noiy M, Ramzankhani S. Comparison of psychological toughness, self-differentiation and psychological burnout in women heads of households and ordinary women in Marvdasht city, Technology of Education Journal. 2022; 5: 1-13 [Persian]
7. Judkins J, Moore B, Collette T. Psychological Hardiness. London: Pergamon Press. 2022.
8. Koolaee A. Comparison of Psychological Hardiness and Resiliency of Employed and Unemployed Female-headed Household. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2020; 6(1): 7-12.
9. Telfah NM. A Study of the Correlation between Psychological Exhaustion and Psychological Hardiness among Al-Nahrain University Instructors. Journal of Positive School Psychology. 2022; 5(6): 54-67.
10. Yavuz B, Dilmaç B. The relationship between psychological hardiness and mindfulness in university students: The role of spiritual well-being. Spiritual Psychology and Counseling. 2020; 5: 257–271.
11. Javer M, Rafiepoor A, Sabet M. The Mediating Role of Perceived Stress in the Relationship Between Psychological Hardiness and Quality of Life in Cardiovascular Patients. Hormozgan Med J. 2022; 26(1):1-6.
12. Joon L, Bum A. Psychosocial factors and psychological well-being: a study from a nationally representative sample of Korean workers. Industrial Health. 2016;54: 237-245.
13. Hurem A, Rowan L, and Grootenboer P. (2021). The Link between Social Wellbeing, Belonging, and Connectedness of International Students in Australian High Schools. Front. Educ. 2021; 6: 1-16.
14. Afrasiabi H, Jahangiri S. Pathology of social interactions of women heads of households, a qualitative study of Shahin Shahr city. Journal of Women in Development and Politics. 2015; 14: 431-450. [Persian]
15. Sharbatian M, Erfanian E. The effect of social capital on psychological well-being, the mediating role of quality of life and life satisfaction. Journal of Social Development. 2017; 13(1): 195-227. [Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

16. Hosseini M, Mahmoudi A, Mardpour A. The mediating role of social well-being in the relationship between spiritual health and marital intimacy of married students, Journal of Disability Studies. 2018; 9: 1-8. [Persian]
17. Khosravi P, Chubin M, Esfandiari A. Investigating the relationship between social capital and social health and organizational health of employees working in a military hospital, Journal of Marine Medicine. 2018; 1(2): 78-90. [Persian]
18. Cayoun BA, Francis S, Shires AG. The Clinical Handbook of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy: A Step-by-Step Guide for Therapists. John Wiley & Sons. 2019.
19. Cayoun BA, O'Shea E. Mindfulness-integrated Cognitive Behavioural Therapy: Rationale for integration and the MiCBT model. Newsletter of the Australian Psychological Society. 2012; 9: 1-23.
20. Francis SEB, Shawyer F, Cayoun BA, Grabovac A and Meadows G. Differentiating mindfulness-integrated cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy clinically: the why, how, and what of evidence-based practice. Front. Psychol. 2024; 15: 1-13.
21. Francis S, Shawyer F, Cayoun B, Enticott J, and Meadows GN. Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial. Front. Psychiatry. 2022; 13: 1-15.
22. Montazeri S, Aghaei A, Golparvar M. Mindfulness-integrated cognitive behavioral therapy: Is it effective on stress coping strategies in women with multiple sclerosis? Caspian Journal of Internal Medicine. 2022; 13(3): 634-638.
23. Hosseini L. The effectiveness of mindfulness training on resilience and perceived social support of female heads of households. Journal of Women and Family Studies. 2022; 15(7), 87-103. [Persian]
24. Amiri M. Salehi M, Fattahi N, Sadeghzadeh R. Effectiveness of Mindfulness Therapy on Mental Pain, Distress Tolerance, and Psychological Hardiness in Patients with Breast Cancer. Journal of Assessment and Research in Applied Counseling. 2024; 6(3): 37-44.
25. Shahsavari Z, Hafezi F, Asgari P, Heidari A. Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Subjective Well-being and Psychological Distress of Kerman University of Medical Sciences Students. J Med Edu. 2022; 21(1): 1-7.
26. Mohammadi, H., Khalatbari, J., Abolmaali, Kh. (2021). Effect of Integrating Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness therapy on Lifestyle of Women with Irritable Bowel Syndrome. Women. Health. Bull, 8(4), 1-8.
27. Shujaei F, Jabal Sh, Latifi Z, Siavash M. Comparing the effectiveness of self-healing with cognitive behavioral therapy integrated with mindfulness on the health-promoting lifestyle of patients with type 2 diabetes. Scientific Research Journal of Medical Sciences. 2022; 24(3): 10-19.
28. Lang A, Goulet C, Aita M, Giguere V, Lamarre H, & Perreault E. Weathering the storm of perinatal bereavement via hardiness. Death Studies. 2001; 25: 497-512.
29. Roshan R, Shakri R. Investigating the validity and reliability of a scale for measuring students' psychological toughness. Journal of Clinical Psychology and Personality. 2007; 17(40): 35-53. [Persian]
30. Keyes CLM, & Lopez S. Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions, in C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), Handbook of Positive Psychology (pp. 45-59), Oxford University Press: New York, NY. 2002.
31. Korani, H. Examining the relationship between spiritual well-being, forgiveness and social well-being with academic performance in male and female students of Urmia University, master's thesis in psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Urumia University. 2017.
32. Parmentier FBR, Garcia-Toro M, Garcia-Campayo J, Yanez AM, Andres P, Gili M. Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. Front Psychol. 2019; 10: 50-60.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]

33. Jowett GE, Hill AP, Forsdyke D, Gledhill A. Perfectionism and coping with injury in marathon runners: a test of the 2 × 2 model of perfectionism. Psychol Sport Exerc. 2018; 37: 26-32.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-01-30]

[DOI: 10.48305/22.3.16]